

INEQUIDAD SOCIAL EN SALUD  
EN EL CURSO DE LA VIDA Y  
ENVEJECIMIENTO SALUDABLE EN  
PERSONAS ADULTAS MAYORES  
DEL MUNICIPIO DE SAYULA  
(USMAJAC, EL REPARO Y  
TAMALIAGUA), JALISCO, MÉXICO  
EN 2022.

SOCIAL INEQUITY IN HEALTH  
ACROSS THE LIFE COURSE AND  
HEALTHY AGING IN OLDER  
ADULTS IN THE MUNICIPALITY  
OF SAYULA (USMAJAC, EL  
REPARO, AND TAMALIAGUA),  
JALISCO, MEXICO, IN 2022.

# Inequidad social en salud en el curso de la vida y envejecimiento saludable en personas adultas mayores del municipio de Sayula (Usmajac, El Reparo y Tamaliagua) Jalisco, México, en 2022.

Juan Ramón Almejo Vargas<sup>1</sup>, Irma Fabiola Díaz García<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Maestro en Gerontología, Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud.

<sup>2</sup> Doctora en Ciencias de la Salud Pública, Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud

## RESUMEN

Este estudio analiza la relación entre las inequidades sociales en salud a lo largo de la vida y su impacto en el envejecimiento saludable en adultos mayores de las localidades del municipio de Sayula, Jalisco. Las inequidades sociales, desde la infancia hasta la vejez, influyen en el bienestar físico y mental en la tercera edad, manifestándose en desventajas como educación limitada, condiciones económicas precarias y acceso restringido a servicios básicos. A partir de un diseño cuantitativo y diseño correlacional, se aplicaron el cuestionario de inequidades sociales en salud en el curso de la vida y las escalas para evaluar el envejecimiento saludable. La muestra fue 180 personas mayores y el tipo de muestreo fue por conveniencia.

Los resultados destacan que factores como el género, el ingreso y el nivel educativo se relacionan significativamente con indicadores de envejecimiento saludable, como la capacidad para realizar actividades básicas e instrumentales. Además, se observa que las personas con menos escolaridad y menos ingresos presentan mayores limitaciones físicas y de salud, en concordancia con estudios previos sobre los efectos acumulativos de las inequidades sociales.

Este trabajo subraya la necesidad de políticas públicas enfocadas en reducir estas desigualdades desde etapas tempranas de la vida, proponiendo intervenciones que fortalezcan los recursos y el acceso a servicios básicos y de salud, favoreciendo así un envejecimiento saludable y sostenible.

## Palabras clave

Inequidad Social en Salud, Envejecimiento Saludable, Curso de Vida, Personas Adultas Mayores.

## INTRODUCCIÓN

La inequidad social en salud es un fenómeno persistente que limita las oportunidades de las personas para vivir una vida plena y saludable. Definida como la "distribución sistemáticamente desigual del poder, el prestigio y los recursos entre distintos grupos de una sociedad" (OPS, 2012), esta inequidad genera barreras que afectan el acceso y la calidad de los servicios de salud, especialmente en poblaciones vulnerables.

Al explorar este fenómeno desde la perspectiva del curso de vida, se reconoce que las desventajas se acumulan desde la infancia y se agravan con el tiempo, reflejándose en mayores riesgos de salud y menor esperanza de vida en la vejez (Beard et al., 2011).

El envejecimiento saludable, definido como el proceso de optimizar las oportunidades para mantener la salud física, mental e independencia (OPS & OMS, 2020), es una meta que desafortunadamente se ve limitada por las desigualdades socioeconómicas y el acceso desigual a servicios básicos y de salud. En México, las brechas en salud reflejan una estructura social inequitativa que afecta de manera acumulativa la calidad de vida de los adultos mayores, quienes enfrentarán problemas de salud y limitaciones funcionales en la medida en que hayan vivido en contextos de desventaja (Corona, 2016).

Este estudio se enfoca en identificar y analizar las inequidades sociales en salud en los adultos mayores de la localidad de Usmajac, Jalisco, con el objetivo de entender cómo estas desigualdades, acumuladas a lo largo de la vida, impactan en el envejecimiento saludable y ofrecer una base para políticas y estrategias de intervención futuras.

## **ANTECEDENTES**

El envejecimiento de la población representa un desafío global para los sistemas de salud, especialmente en términos de desigualdades e inequidades en salud.

Estudios recientes han mostrado que las condiciones socioeconómicas y el contexto de vida a lo largo del ciclo vital influyen significativamente en la calidad de vida y el bienestar de las personas mayores, evidenciando la necesidad de políticas inclusivas y sostenibles para fomentar un envejecimiento saludable y reducir disparidades en salud.

En el contexto europeo, se han realizado múltiples investigaciones sobre las inequidades en mortalidad y su relación con factores socioeconómicos como la educación y la tenencia de la vivienda. Un estudio en once países europeos mostró que las desigualdades en mortalidad persisten en la vejez, especialmente entre mujeres mayores. Aunque se observó una disminución de las inequidades educativas en países como Noruega y Austria, en lugares como Inglaterra y Suiza, las desigualdades se mantuvieron constantes (Huisman et al., 2004).

Asimismo, un análisis de la Encuesta sobre Salud y Envejecimiento en Europa (SHARE) destacó que la mala salud se asocia con la exclusión del mercado laboral en personas de entre 50 y 65 años, sugiriendo la necesidad de políticas de empleo que consideren las limitaciones de salud en personas mayores (Alavinia & Burdorf, 2008).

Además, el envejecimiento activo a nivel individual reveló grandes desigualdades en la distribución de oportunidades de envejecimiento saludable, con países que logran resultados más altos y equitativos en envejecimiento activo, lo cual subraya la importancia de medir la equidad en experiencias de envejecimiento más allá de los promedios poblacionales (Barslund, von & Zaidi, 2017).

Por otro lado, las inequidades en salud, definidas como desigualdades evitables e injustas, son también evidentes en América Latina, donde las condiciones de vida afectan profundamente el bienestar en la vejez. En México, un estudio mostró cómo factores como la inseguridad alimentaria infantil y el bajo nivel de ingresos en la adultez mayor afectan la salud, revelando que la inequidad social acumulativa constituye un obstáculo para un envejecimiento exitoso (Corona, 2016).

En Colombia, una investigación evidenció cómo las condiciones socioeconómicas desfavorables, como la falta de escolaridad y el acceso limitado a servicios de salud, agravan las inequidades en salud entre adultos mayores de comunidades vulnerables, exponiéndolos a riesgos de salud innecesarios debido a factores externos a la biología (Chavarriaga & Cardona, 2014).

En un análisis regional, se identificaron profundas desigualdades entre países latinoamericanos, con Haití y Guatemala en posiciones menos favorables en términos de salud, mientras que países como Cuba y Chile presentan mejores condiciones, sugiriendo la necesidad de estrategias de evaluación continua en la región para reducir estas disparidades (Cardona, Acosta & Bertone, 2013).

El impacto de la desigualdad socioeconómica en el acceso a servicios de salud y su relación con el aumento de la pobreza es evidente en estudios realizados en Ecuador y Brasil. En Ecuador, se demostró que, si bien no existe una inequidad significativa en el uso de servicios preventivos, los grupos indígenas y personas sin seguro de salud acceden menos a los servicios básicos (Armijos & Camino, 2017). En Brasil, la desigualdad en el acceso a recursos de salud afecta negativamente la eficiencia del sistema de salud y fomenta la falta de cohesión social, sugiriendo que los países deben priorizar políticas de equidad para mejorar los resultados de salud y fortalecer el tejido social (Schenkman & Bousquat, 2021).

Desde la perspectiva del curso de vida, el autocuidado y el contexto familiar son determinantes críticos en la salud en la adultez.

En México, un estudio en adultos de 30 a 60 años identificó conductas de riesgo como el consumo de alcohol y una dieta inadecuada, subrayando que el entorno familiar desempeña un papel importante en el desarrollo de estos comportamientos (Zapata et al., 2016). Otro estudio, centrado en la transición hacia enfermedades crónicas en la adultez mayor, encontró que el género y los antecedentes familiares de enfermedades aumentan el riesgo de condiciones de salud, lo que resalta la relevancia de intervenciones preventivas a lo largo del curso de vida (Hebreo, Juárez & Montes de Oca, 2014).

Finalmente, los determinantes de la salud, tanto estructurales como socioeconómicos, influyen en la prevalencia de discapacidad en la vejez, como lo evidencian estudios en Colombia. Entre los factores más influyentes están la pobreza, la falta de apoyo social y el sedentarismo, los cuales están asociados con un mayor riesgo de discapacidad (Gómez et al., 2021). En paralelo, estudios realizados en Alemania y Australia concluyen que la educación y los ingresos están relacionados con un envejecimiento saludable, sugiriendo que las políticas públicas deben fomentar la equidad en salud desde edades tempranas para contrarrestar las desigualdades a lo largo de la vida (Klein, Knesebeck & Lüdecke, 2020; Wagg et al., 2021).

Estos estudios destacan la importancia de adoptar políticas públicas que consideren las desigualdades sociales y económicas desde una perspectiva de curso de vida. La reducción de las inequidades y la promoción de un envejecimiento saludable no sólo mejoran la calidad de vida de las personas mayores, sino que también fortalecen la cohesión social y el desarrollo de sistemas de salud sostenibles a nivel global.

## **METODOLOGÍA**

El estudio realizado fue con un abordaje cuantitativo, su diseño fue correlacional, el tipo de muestreo fue por conveniencia, la muestra total fue de 180 personas adultas mayores. Su objetivo general de la investigación fue analizar la correlación entre las inequidades sociales en salud en el curso de la vida con el envejecimiento saludable en personas adultas mayores del Municipio de Sayula, Jalisco, México, en 2022. Se plantearon cuatro objetivos específicos:

- Describir las características sociodemográficas de la población a estudiar.
- Evaluar las inequidades sociales en salud en el curso de la vida en los participantes.
- Evaluar los indicadores de envejecimiento saludable de los participantes.
- Analizar las correlaciones entre inequidades sociales en salud en el curso de la vida con el envejecimiento saludable en la población de estudio.

La información se obtuvo mediante el cuestionario de inequidades sociales en salud en el curso de vida que evalúa determinantes estructurales (educación, género, lugar de nacimiento y etnia, ocupación e ingresos económicos) y determinantes intermedios (circunstancias materiales, sistema de salud, factores conductuales y biológicos y circunstancias psicosociales), este instrumento tuvo el enfoque en cada una de las etapas del curso de la vida. Para evaluar el envejecimiento saludable se utilizaron escalas referidas por el Instituto Nacional de Geriátrica (INGER, 2020), y ellas fueron el Índice de Katz, Escala de Lawton y Brody, Prueba cronometrada levántate y anda, Mini Examen del Estado Mental, Escala Geriátrica de depresión de 15 ítems, Mini Nutritional Assessment, Escala de Recursos Sociales y Evaluación de barreras de entornos físicos y movilidad.

## RESULTADOS

La muestra total, después de seguir los criterios de selección, fue de 180 personas adultas mayores. La media de edad fue 71.82 años  $\pm$ 8.29, prevalece el rango de edad de 60 a 74 años (65.6%) lo cual indica que no presentan inequidad por edad. Los participantes del estudio fueron del pueblo de Usmajac (80%), de las rancherías El Reparo y Tamaliagua (20%). Prevalció el sexo femenino (63.9%) lo que indica una inequidad moderada o alta por ser mujer, referente al estado civil estaban casados el (53.9%) no existe inequidad.

La mayoría de la población contó con <4 años de escolaridad o nula, lo que hace evidente la inequidad moderada y alta (67.8%), no hablaban dialecto o lengua indígena (100%). En la población más de las tres cuartas partes no ha migrado a otro país (83.3%) y reciben apoyo gubernamental denominado "Pensión del Bienestar" (75%), lo que indica que no existe inequidad. En cuanto al ingreso mensual que percibía la persona adulta mayor de sus diferentes fuentes de ingreso estas no satisfacían sus necesidades básicas (70.6%), lo que indica presencia de inequidad moderada o alta. El 60% no desempeñaba actividad u oficio en su etapa de la vejez, la vivienda en su mayoría fue propia (88.9%) y en esta etapa de la vida vivían con compañía (92.2%), lo que indica la ausencia de inequidad.



**Tabla 1:** Datos sociodemográficos de la población de estudio, 2022.

<b>Variables</b>	<b>Indicadores</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Media</b>
Edad	60-74 años (Sin inequidad)	118	65.6	71.82 ±8.29
	75 y más años (Inequidad moderada o alta)	62	34.4	
Localidad	Usmajac (Sin inequidad)	144	80	
	Ranchería El reparo y Tamaliagua (Inequidad moderada o alta)	36	20	
Sexo	Masculino (Sin inequidad)	65	36.1	
	Femenino (Inequidad moderada o alta)	115	63.9	
Estado civil	Casada (Sin inequidad)	97	53.9	
	Soltera, divorciada, unión libre, viudez, separada (Inequidad moderada o alta)	83	46.1	
Años de escolaridad	> 4 años de escolaridad (Sin inequidad)	58	32.2	
	< 4 años de escolaridad o nula (Inequidad moderada o alta)	122	67.8	
Hablan dialecto o lengua indígena	No (Sin inequidad)	180	100	
	Si (Inequidad moderada o alta)	0	0	
Migración a otro país	No (Sin inequidad)	150	83.3	
	Si (Inequidad moderada o alta)	30	16.7	
Apoyo gubernamental que reciben	Pensión universal "Bienestar" (Sin inequidad)	135	75	
	Ninguna (Inequidad moderada o alta)	45	25	
Ingreso mensual satisface necesidades básicas	Si (Sin inequidad)	53	29.4	
	No (Inequidad moderada o alta)	127	70.6	
Necesidad de realizar actividad u oficio en la vejez	No (Sin inequidad)	108	60	
	Si (Inequidad moderada o alta)	72	40	
Vivienda	Propia (Sin inequidad)	160	88.9	
	Rentada y prestada (Inequidad moderada o alta)	20	11.1	
Vivir solo o acompañado	Acompañado (Sin inequidad)	166	92.2	
	Solo (Inequidad moderada o alta)	14	7.8	
<b>n= 180</b>	<b>Total</b>	<b>180</b>	<b>100</b>	

Fuente: Encuesta aplicada.

La inequidad social en salud en el curso de la vida, en la población de estudio, muestra inequidad moderada y alta en las carencias económicas en la infancia (80%), para capacitarse para un mejor empleo (87.2%), por los años de escolaridad (67.8%), tener hambre en la infancia (52.8%), no satisfacer las

necesidades económicas con el trabajo en la adultez (65%) y no contar con los servicios básicos en la vivienda en la etapa de la infancia (65%). El combustible que se utiliza para cocinar en la vejez fue el único en donde no se presentó inequidad, por utilizar gas (58.9%).

**Tabla 2:** Indicadores de inequidades sociales en salud en el curso de la vida

Variables	Indicadores	n	%
Carencias económicas en la infancia	Ausencia de carencias económicas (Sin inequidad)	36	20
	Presencia de carencias económicas (Inequidad moderada o alta)	144	80
Combustible para cocinar en la vejez	Gas (Sin inequidad)	106	58.9
	Leña o petróleo (Inequidad moderada o alta)	74	41.1
Capacitarse para un mejor empleo en la asolecencia y juventud	Oportunidad de capacitarse para mejor empleo (Sin inequidad)	23	12.8
	No hubo oportunidad de capacitarse para mejorar empleo (Inequidad moderada o alta)	157	87.2
Años de escolaridad	> 4 años de escolaridad (Sin inequidad)	58	32.2
	0 a 3 años de escolaridad (Inequidad moderada o alta)	122	67.8
Tener hambre en la infancia	No padecer hambre (Sin inequidad)	85	47.2
	Tener hambre (Inequidad moderada o alta)	95	52.8
Necesidades económicas satisfechas a través del trabajo en la adultez	Necesidades económicas satisfechas (Sin inequidad)	63	35
	Necesidades económicas no satisfechas (Inequidad moderada o alta)	117	65
Vivienda con servicios básicos en la infancia	Contar con luz eléctrica, agua potable, drenaje y baño (Sin inequidad)	63	35
	No contar con uno o más servicios básicos (Inequidad moderada o alta)	117	65
<b>n= 180</b>	<b>Total</b>	<b>180</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada.

Las inequidades sociales en salud en la vejez muestran que no existe inequidad en los bienes y servicios de la vivienda en la vejez (66.1%), piso de concreto u

otros recubrimientos en la vivienda (86.1%), el no ser víctima de maltrato (89.4%) y realizar más de tres comidas al día (67.2%).

**Tabla 3:** Indicadores de inequidades sociales en salud en la vejez.

<b>Variables</b>	<b>Indicadores</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Bienes y servicios en la vivienda en la vejez (refrigerador, lavadora, televisión, internet, televisión de paga, computadora, etcétera)	5 o más bienes y servicios (Sin inequidad)	119	66.1
	1 - 4 bienes y servicios (Inequidad moderada o alta)	61	33.9
Piso de la vivienda en la vejez	Cemento u otros recubrimientos (Sin inequidad)	155	86.1
	Tierra (Inequidad moderada o alta)	25	13.9
Maltrato en la vejez	No sufrir maltrato (Sin inequidad)	161	89.4
	Sufrir maltrato (Inequidad moderada o alta)	19	10.6
Menos de tres comidas al día en la vejez	3 o más comidas al día (Sin inequidad)	121	67.2
	< 2 comidas al día (Inequidad moderada o alta)	59	32.8
<b>n= 180</b>	<b>Total</b>	<b>180</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada.

En los indicadores del envejecimiento saludable se encontró que la mayoría tenía independencia en todas las actividades básica de la vida diaria (85%) y en las actividades instrumentales de la vida diaria eran autónomos (80%), en la prueba cronometrada levántate y anda se encontraron rangos normales (53.9%) y se contaba con discapacidad leve en la población (26.7%).

En el mini examen del estado mental no presentaban deterioro cognitivo (87.2%), en torno a la depresión geriátrica solo (47.8%) presentaron síntomas. Referente al estado nutricional (58.9%) se encontraron rangos normales y se contaban con buenos y excelentes recursos sociales (95%).

**Tabla 4:** Indicadores del envejecimiento saludable en la población de estudio, 2022

<b>Variables</b>	<b>Indicadores</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Actividades Básicas de la Vida Diaria (Katz)	Independencia en todas las actividades	153	85
	Dependencia > de una actividad	27	15
Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (Lawton y Brody)	Autónomo	144	80
	Dependencia	36	20
Prueba Cronometrada de Levántate y Anda	Autónomo	97	53.9
	Discapacidad leve y riesgo de caída	83	46.1
Mini Examen del Estado Mental	Sin deterioro cognitivo	157	87.2
	Probable deterioro cognitivo	23	12.8
Escala Geriátrica de Depresión	Sin depresión	94	52.2
	Con depresión	86	47.8
Mini Examen Nutricional (MNA-SF)	Estado nutricional normal	106	58.9
	Riesgo y desnutrición	74	41.1
Escala de Recursos Sociales (OARS)	Buenos y excelentes recursos sociales	171	95
	Recursos sociales deteriorados	9	5
<b>n= 180</b>	<b>Total</b>	<b>180</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada.

Se utilizó la regresión logística binaria para probar la existencia de alguna relación entre las inequidades sociales en salud en el curso de la vida y las inequidades sociales en salud en la vejez, con cada uno de los indicadores de envejecimiento saludable.

Al aplicar la prueba de regresión logística binaria Al aplicar la prueba de regresión logística binaria entre los indicadores de envejecimiento saludable, y las inequidades sociales en

salud en el curso de la vida, únicamente se relacionó de forma significativa con la prueba cronometrada levántate y anda.

El resultado demostró que la ausencia de inequidades sociales en salud en el curso de la vida en los sujetos con esta característica fue un factor protector para no presentar una prueba cronometrada levántate y anda con bajos puntajes; OR 0.452 ( $p = 0.016$ ), con IC de 95% (0.237- 0.863).

**Tabla 5:** Prueba de regresión logística binaria entre los indicadores de envejecimiento saludable: Actividades Básicas de la Vida Diaria; Actividades Instrumentales de la Vida Diaria; Prueba Cronometrada Levántate y Anda; Mini Examen Mental; Escala Geriátrica de Depresión; Mini Examen Nutricional; Escala de Recursos Sociales y las inequidades sociales en salud en el curso de la vida.

Variables	Indicadores	Sig.	OR	Intervalo de confianza al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Inequidades sociales en salud en el curso de la vida	Carencias económicas en la infancia; tipo de combustible para cocinar en la vejez; capacitarse para un mejor empleo (adolescencia y juventud); años de escolaridad; tener hambre en la infancia; necesidades económicas satisfechas a través del trabajo en la adultez y vivienda con servicios básicos en la infancia.				
Actividades Básicas de la Vida Diaria (Katz)	Sin inequidad	0.378	1.459	0.630	1.709
	Inequidad moderada y alta				
Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (Lawton y Brody)	Sin inequidad	0.334	1.504	0.657	3.441
	Inequidad moderada y alta				
Prueba Cronometrada de Levántate y Anda	Sin inequidad	0.016*	0.452	0.237	0.863
	Inequidad moderada y alta				
Mini Examen del Estado Mental	Sin inequidad	0.875	1.077	0.429	2.703
	Inequidad moderada y alta				
Escala Geriátrica de Depresión	Sin inequidad	0.141	0.664	0.333	1.169
	Inequidad moderada y alta				
Mini Examen Nutricional (MNA-SF)	Sin inequidad	0.392	0.757	0.400	1.432
	Inequidad moderada y alta				
Escala de Recursos Sociales (OARS)	Sin inequidad	0.997	0.0	0	--
	Inequidad moderada y alta				

Fuente: Encuesta aplicada.

En el análisis de regresión logística binaria entre los indicadores de envejecimiento saludable y las inequidades sociales en salud en la vejez los resultados demostraron que 5 de los 7 indicadores de envejecimiento saludable se relacionaron con las inequidades sociales en salud en la vejez.

Las actividades básicas de la vida diaria presentaron una relación significativa con las inequidades socioeconómicas en salud en la vejez ( $p= 0.007$ ); las actividades instrumentales de la vida diaria ( $p= 0.003$ ); la prueba cronometrada levántate y anda ( $p= 0.000$ ); la escala geriátrica de depresión ( $p= 0.000$ ), y el mini examen nutricional ( $p= 0.000$ ).

El factor de riesgo se interpreta de la siguiente forma: las inequidades sociales en salud en la vejez aumentan el riesgo en 7.6 veces de no ser independiente para realizar las actividades básicas de la vida diaria con un IC del 95%.

Por otra parte, las inequidades socioeconómicas en salud en la vejez

aumentaron el riesgo en 5.0, 3.9, 3.8, y 7.9 veces más de no tener independencia en las actividades instrumentales de la vida diaria por presentar un resultado bajo en la prueba cronometrada levántate y anda, presentar depresión (Escala Geriátrica de Depresión), y riesgo de desnutrición (Mini Examen Nutricional), respectivamente, con IC del 95%.

**Tabla 6:** Prueba de regresión logística binaria entre los indicadores de envejecimiento saludable: Actividades Básicas de la Vida Diaria; Actividades Instrumentales de la Vida Diaria; Prueba Cronometrada Levántate y Anda; Mini Examen Mental; Escala Geriátrica de Depresión; Mini Examen Nutricional; Escala de Recursos y las inequidades sociales en salud en la vejez.

Variables	Indicadores	Sig.	OR	Intervalo de confianza al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Inequidades sociales en salud en la vejez	Gozar de bienes y servicios en la vivienda actualmente; tipo de piso de la vivienda actualmente; víctima de maltrato actualmente e ingerir menos de tres comidas al día actualmente.				
Actividades Básicas de la Vida Diaria (Katz)	Sin inequidad	0.007*	7.632	1.743	33.419
	Inequidad moderada y alta				
Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (Lawton y Brody)	Sin inequidad	0.003*	5.091	1.708	15.173
	Inequidad moderada y alta				
Prueba Cronometrada de Levántate y Anda	Sin inequidad	0.000*	3.923	1.974	7.797
	Inequidad moderada y alta				
Mini Examen del Estado Mental	Sin inequidad	0.997	383 050 733.5 71	0.000	--
	Inequidad moderada y alta				
Escala Geriátrica de Depresión	Sin inequidad	0.000*	3.850	1.955	7.581
	Inequidad moderada y alta				
Mini Examen Nutricional (MNA-SF)	Sin inequidad	0.000*	7.944	3.476	18.159
	Inequidad moderada y alta				
Escala de Recursos Sociales (OARS)	Sin inequidad	0.997	130 984 438.1 29	0.000	--
	Inequidad moderada y alta				

Fuente: Encuesta aplicada.

## DISCUSIÓN

Entre los resultados principales de esta investigación encontramos similitudes y discrepancias con estudios que forman parte de los antecedentes, y que a continuación discutiremos.

Respecto a los datos sociodemográficos en nuestra muestra prevaleció el sexo femenino, lo que evidencia, que las mujeres pueden sufrir mayor inequidad porque son fragmentadas y sus trayectorias laborales son inciertas, soportan la principal carga de los efectos negativos para la salud, las responsabilidades domésticas interrumpen trayectorias profesionales, reduciendo la capacidad de ingresos y aumentando los riesgos de pobreza en la edad adulta y en la vejez. Otro punto importante es que la mayoría se encontraba en estado civil casada y vivían en compañía lo que indica que en esta cuestión no se presenta inequidad porque existe una persona que provee las necesidades de mujer y de los hijos lo mencionan la CEPAL en 2016 y Solar & Irwin en 2010.

El contar con fuentes de ingresos del ámbito que se deriven, estas son un factor protector para la salud y la manera de envejecer, porque el estatus socioeconómico tiene influencia en muchas enfermedades como lo menciona la Teoría de las Causas Fundamentales de la Inequidad en Salud (Munguía, 2021),

de igual manera las pensiones contributivas y apoyos gubernamentales serán un factor protector (OMS, 2020; CEPAL, 2016).

El factor latente en este estudio al que denominamos inequidades sociales en salud en el curso de la vida, porque se observaron en todas las etapas, infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez, demostraron que fue durante la infancia de los participantes que se presentaron 3 de los 7 factores de las inequidades sociales en salud. Además, notoriamente estas condiciones injustas en esta etapa las padecieron más de la mitad de la muestra. Carencias económicas (80%), tener hambre (52.8%), y no tener vivienda con servicios básicos (65%).

En nuestro estudio se demuestra que las personas adultas mayores tienen inequidades que van desde lo económico hasta lo social durante el curso de la vida, y aun cuando el factor latente de las inequidades sociales en salud en la etapa de la vejez muestra porcentajes menores como la carencia de bienes y servicios en la vivienda, sólo el 13.9 % tienen piso de tierra, 10.65% sufren maltrato y únicamente el 32.8% hacen menos de tres comidas al día. Coincide para este grupo con lo señalado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2012), estas discrepancias remediables “inequidades” se deben a desigualdades que son experimentadas desde la infancia hasta la edad adulta mayor.

Sobre el envejecimiento saludable, los resultados de nuestro estudio demostraron que la mayoría de los participantes gozan de autonomía física y mental que les es útil para relacionarse con el entorno, de acuerdo con los indicadores de envejecimiento saludable: ABVD (85%), AIVD (80%), PCLA (53.9%) y pocos presentan deterioro cognitivo, MEEM (12.8%), y la mayoría no tiene depresión (52.2%). Con referencia al estado nutricional (58.9%) se encontraron normales y contaban con buenos y excelentes recursos sociales (95%).

En esta línea, la funcionalidad o capacidad funcional, definida por la OMS como el resultado entre la interacción de la persona (con su capacidad intrínseca física y mental) y las características medioambientales, se convierte en el principal indicador del estado de salud de las personas mayores.

De forma más amplia respecto a la funcionalidad de las personas adultas mayores, debemos comprender que la funcionalidad no radica en la capacidad física de la persona para desempeñar una determinada actividad o movimiento, sino en su vinculación con la comunidad a partir de la participación cotidiana, entonces la medición de esta se centra en las actividades de la vida diaria. En general, estas se han medido a través la identificación de problemas para realizar actividades de la vida diaria básicas, y de actividades de la vida diaria instrumentales que se realizan en el hogar y la comunidad.

Estas últimas incluyen una mayor cantidad de tareas subyacentes y requieren de un funcionamiento cognitivo y físico más complejo. Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria han sido consideradas en la literatura científica como las predictoras de salud y funcionalidad en personas mayores, puesto que la pérdida en el desempeño autovalente de estas hace alusión a una pérdida en la funcionalidad (Echeverría y col., 2022).

La inequidad es acumulativa, si una persona padece inequidad desde la infancia, esta inequidad se irá intensificando, de manera que, al llegar a la etapa de la vejez, más se manifestará en diversas problemáticas de salud y limitaciones funcionales (Corona, 2016). En nuestro análisis esto se demostró sólidamente, aun cuando la mayoría de los participantes no mostraron este tipo de inequidades sociales en salud en la vejez, entre los individuos que las presentan se observa un riesgo significativamente mayor de no tener un envejecimiento saludable.

De los 7 indicadores de envejecimiento saludable, 5 de ellos en este estudio están relacionados y son las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), Prueba Cronometrada Levántate y Anda (PCLA), Escala Geriátrica de Depresión (EGD), y el Mini Examen Nutricional (MEN).

Un dato para considerar fueron los años de escolaridad, que quedaron dentro del factor de inequidades sociales en salud en el curso de la vida.

Los sujetos sin escolaridad y hasta con 3 años, en combinación con otras variables en este factor, como carencias económicas en la infancia, tipo de combustible para cocinar en la vejez, capacitarse para un mejor empleo (adolescencia y juventud), tener hambre en la infancia, necesidades económicas no satisfechas a través del trabajo en la adultez y vivienda sin servicios básicos en la infancia, se relacionó de forma significativa con uno de los indicadores de envejecimiento saludable, en este caso fue con la PCLA.

Al respecto, estudios en Colombia y México, han probado que los individuos con poca escolaridad tienen tres veces mayor riesgo de morir que los que tienen una escolaridad elevada (OPS, 2017).

Aunque la educación se utiliza a menudo como una medida genérica de la posición socioeconómica, interpretaciones específicas explican su asociación: la educación captura la transición de posición socioeconómica (recibida) de los padres a la edad adulta y va a determinar los ingresos y el empleo en un futuro (Solar & Irwin, 2010).

Nuestros participantes, la mayoría con apenas estudios de primaria, mostraron tener necesidades económicas insatisfechas, a través del trabajo en la adultez, y no haberse capacitado para un mejor empleo (adolescencia y juventud), esto acompañado de tener hambre en la infancia y vivienda sin servicios básicos en la infancia, lo cual se relacionó de forma significativa con el indicador de envejecimiento saludable PCLA.

La CEPAL (2016) hace énfasis en las etapas de vida de un individuo, ya que en la infancia se cimientan las bases a desarrollar para el futuro de los individuos. Las grietas etarias de la incidencia de la pobreza y la carencia están asociadas a ejes de la desigualdad, como la diversidad territorial. Nuestros sujetos vivieron su niñez en una parte del territorio nacional en donde el desarrollo era extraordinariamente limitado, en zonas rurales y semirurales.

Por otra parte, Elder (2003) y Marshall (2005) señalan a través del sentido de la teoría curso de la vida como uno de los ejes organizadores el “Tiempo y lugar históricos”, en nuestro estudio esto parece evidenciarse entre los sujetos participantes, cuyas edades en promedio son de 71.82 años  $\pm$ 8.29, que vivieron su niñez, adolescencia y juventud en un contexto de zona rural y

semirural, en donde la falta de desarrollo del lugar impidió, tanto para hombres como para las mujeres, el derecho a tener una educación con mayor escolaridad, la mayoría 66.1% solo tiene estudios de primaria.

Esta limitada escolaridad es probable que haya impedido acceder a un tipo de trabajo que cubriera sus necesidades económicas en la adultez, ya que el 65% mencionan que esto no ocurre, lo que desencadena inequidades sociales al llegar a la vejez. Entre los participantes encontramos que, en esta etapa, el 33.9% tienen viviendas con carencia de bienes y servicios, 13.9% tienen piso de tierra, sufren maltrato 10.6% y 32.8% ingieren menos de tres comidas al día, lo cual constituyó un riesgo significativo para no alcanzar un envejecimiento saludable en nuestro estudio, evaluado a través de las ABVD, AIVD, PCLA, EGD, y MEN. Suficiente evidencia señala que el empleo, la educación, el hogar, los bienes, los servicios básicos y las condiciones ambientales conducen a la inequidad que repercuten en la salud y en el envejecimiento (OPS

Dependiendo de la calidad de estas circunstancias, van a proporcionar recursos para la salud y prevenir los riesgos para la salud. Varios aspectos de la vivienda tienen un impacto directo en la salud: la estructura de las viviendas y condiciones internas, como humedad y/o contaminación interior.

Dependiendo de la calidad de estas circunstancias, van a proporcionar recursos para la salud y prevenir los riesgos para la salud. Varios aspectos de la vivienda tienen un impacto directo en la salud: la estructura de las viviendas y condiciones internas, como humedad y/o contaminación interior.

En este sentido, las personas adultas mayores de este estudio, en esta etapa de su vida tienen viviendas con carencia de bienes y servicios, con piso de tierra, ingieren menos de tres comidas al día, y además sufren maltrato, lo cual constituyó un riesgo significativo para no disfrutar de un envejecimiento saludable, valorado través de las ABVD, AIVD, PCLA, EGD, y MEN.

Estos resultados coinciden con la teoría psicosocial de las inequidades en salud y la teoría de las condiciones sociales como causas fundamentales de la enfermedad, porque lo antes mencionado está fuertemente relacionado con los ingresos, con los materiales y recursos con sus trayectorias laborales, lo que lleva al aumento de riesgos de pobreza en la edad adulta y en la vejez (Whitehead, 1992; Phelan, Bruce & Parisa, 2010; Solar & Irwin, 2010).

El estatus socioeconómico de nuestra población es bajo y la mayoría sobrevive con la pensión universal que proporciona el gobierno.

Esto tiene influencia sobre múltiples enfermedades, peores resultados de salud y la manifestación de la inequidad social, económica, ingresos bajos, viviendas de mala calidad, empleos inseguros, inalcanzables servicios de salud de calidad, la pobreza como la inseguridad material, el estrés, la desnutrición, poca accesibilidad a la educación, a los servicios de agua potable y saneamiento, marginación, exclusión y discriminación, entre otras cuestiones sociales y sanitarias adversas (OPS, 2017; Corona, 2016; Solar & Irwin, 2010).

Tener mejores condiciones de vida durante la niñez y la adolescencia se asocian con mejor envejecimiento (Montero, López, Acevedo & Mora, 2015).

Los resultados encontrados en la población adulta mayor del municipio de Sayula, Jalisco, muestran que existen inequidades sociales en salud en esta transición del curso de la vida, en especial en la vejez, que están repercutiendo en la forma de envejecer de dicha población.

Identificar las inequidades sociales en salud en el curso de la vida, permite contribuir a las políticas públicas y al abordaje de programas e intervenciones que aporten a la disminución de las inequidades en personas adultas mayores y población en general, para lograr una mejora en la salud, en la calidad de vida y lograr un envejecimiento saludable.

## CONCLUSIONES

A través del desarrollo de la presente investigación, se logró el objetivo general de analizar la correlación entre inequidad social en salud en el curso de la vida con el envejecimiento saludable en personas adultas mayores del Municipio de Sayula, Jalisco, México en 2022. Se aceptó la hipótesis alterna al determinar que existe una relación significativa entre la mayoría de los indicadores de envejecimiento saludable y las inequidades sociales en salud en la vejez, y con alguna en el curso de la vida.

La contribución científica del estudio recae en la creación de nuevos conocimientos en torno a las inequidades sociales en salud, considerando el curso de la vida y, al mismo tiempo, viendo la relación que existe con el envejecimiento saludable.

Además de la aportación de un cuestionario, que aun cuando solo demostró los factores latentes para los sujetos de este estudio, puede servir de pauta en futuras investigación sobre este tema. Se abre la posibilidad de que esta sea una línea para investigar en apoyo a las directrices de la década del envejecimiento saludable.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alavinia SM & Burdorf A. (2008). Unemployment and retirement and ill-health: a cross-sectional analysis across European countries. *Int Arch Occup Environ Health*, 82(1):39-45. doi: 10.1007/s00420-008-0304-6.
2. Armijos Bravo, G. & Camino Mogro, S. (2017). Inequidades socioeconómicas en el uso de servicios sanitarios de atención primaria en Ecuador. *Estudios Gerenciales*, 33(144), 292-301. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0123592317300530>
3. Beard J.R., Biggs S., Bloom D.E., Fried L.P., Hogan P., Kalache A. & Olshansky J. (2011). Global population ageing. Peril or promise? *Foro Económico Mundial*. [http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_GAC\\_GlobalPopulationAgeing\\_Report\\_2012.pdf](http://www3.weforum.org/docs/WEF_GAC_GlobalPopulationAgeing_Report_2012.pdf)
4. Burholt V., Windle G., Ferring D., Balducci C., Fagerström C., Thissen F., Weber G. & Wenger C. (2017). Reliability and Validity of the Older Americans Resources and Services (OARS) Social Resources Scale in Six European Countries. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*. 62(6): 371-9. DOI:10.1093/geronb/62.6.S371.
5. Cardona, D., Acosta L.D., Bertone, C.L. (2013). Inequidades en salud entre países de Latinoamérica y el Caribe (2005-2010). *Gaceta Sanitaria*, 27(4), 292-297. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911112003433>
6. 1.Chavarrriaga Ríos M.C. & Cardona Arango D. (2014). Medición de la inequidad en salud en los adultos mayores de Medellín, 2009. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 32(3) 290-304. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v32n3/v32n3a04.pdf>
7. Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL].(2016). La matriz de la desigualdad social en América Latina. [https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/matriz\\_de\\_la\\_desigualdad.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/matriz_de_la_desigualdad.pdf)
8. Corona Figueroa B.A. (2016). Envejecimiento exitoso y su asociación con la inequidad social en mujeres de 60 años y más en los Estados de Colima y Jalisco, México. [Tesis de Doctorado, Universidad de Guadalajara].
9. Echeverría A, Astorga C, Fernández C, Salgado M, Villalobos Dintrans P. (2022). Funcionalidad y personas mayores: ¿dónde estamos y hacia dónde ir? *Rev Panam Salud Publica*, 46: e34. doi: 10.26633/RPSP.2022.34

10. Elder, G.H. (2003). Longitudinal Studies and the Life Course, the 1960s and 1970s. <https://elder.web.unc.edu/wp-content/uploads/sites/547/2014/09/Longitudinal-Studies-and-the-Life-Course-the-1960s-and-1970s.pdf>
11. Gómez F, Osorio-García D, Panesso L, Curcio C-L. (2021). Healthy aging determinants and disability among older adults: SABE Colombia. *Rev Panam Salud Publica.* 45(98). [https://doi.org/10.26633/RPSP2021\\_98](https://doi.org/10.26633/RPSP2021_98)
12. Hebreo Martínez, M. Juárez Carcaño, F. & Montes de Oca Zavala, V. (2014). Curso de vida y salud: un análisis de las transiciones en el proceso de salud enfermedad de adultos mayores de la Ciudad de México. [http://www.alapop.org/Congreso2014/DOCSFINAIS\\_PDF/ALAP\\_2014\\_FINAL94.pdf](http://www.alapop.org/Congreso2014/DOCSFINAIS_PDF/ALAP_2014_FINAL94.pdf)
13. Huisman M, Kunst AE, Andersen O, Bopp M, Borgan JK, Borrell C, Costa G, Deboosere P, Desplanques G, Donkin A, Gadeyne S, Minder C, Regidor E, Spadea T, Valkonen T, Mackenbach JP. (2004). Socioeconomic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations. *J Epidemiol Community Health,* 58(6):468-75. doi: 10.1136/jech.2003.010496. PMID: 15143114; PMCID: PMC1732782
14. Instituto Nacional de Geriátria [INGER] (2020). Guía de instrumentos de evaluación geriátrica integral. Investigación INGER. [http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Guia\\_InstrumentosGeriatrica\\_18-02-2020.pdf](http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Guia_InstrumentosGeriatrica_18-02-2020.pdf)
15. Klein J, von dem Knesebeck O, Lüdecke D. (2020). Social Inequalities and Loneliness as Predictors of Ageing Well: A Trend Analysis Using Mixed Models. *Int J Environ Res Public Health.* 17(15): 5314. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32718010/>
16. Marshall, V. W. (2005). Agency, Events, and Structure at the End of the Life Course. En R. Levy, P. Ghisletta, J. M. Le Goff, D. Spini y E. Widmer (Eds.), *Advances in Life Course Research: Towards an Interdisciplinary Perspective on the Life Course,* 10, 57-91.
17. Montero, M.P., López Giménez, M.R., Acevedo, P. y Mora, A.I. (2015). Envejecimiento saludable: perspectiva de género y de ciclo vital. *European j investiga,* 5(1), 55-63. [https://formacionasunivep.com/ej\\_ihpe/index.php/journal/article/view/92](https://formacionasunivep.com/ej_ihpe/index.php/journal/article/view/92)
18. Munguía Lores A. (2021). *Epidemiología, Ciencias Sociales y Sindemia.* Espacio abierto cuaderno venezolano, 30(2), 10-23. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4965784>

19. Organización Panamericana de la Salud [OPS] & Organización Mundial de Salud [OMS]. (2020). Envejecimiento saludable. <https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable>.
20. Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2012). Salud en las Américas. Determinantes e inequidades en salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3272>
21. Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2012). Salud en las Américas. Determinantes e inequidades en salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3272>
22. Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2017). Salud en las Américas. Resumen: panorama regional y perfiles de país. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34322>
23. Phelan, J. C., Link, B. G., & Tehranifar, P. (2010). Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications. *Journal of health and social behavior*, 51 Suppl, S28–S40. <https://doi.org/10.1177/0022146510383498>.
24. Schenkman, S. Bousquat A. (2021). From income inequality to social inequity: impact on health levels in an international efficiency comparison panel. *BMC Public Health*. 21. 1-17. <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-10395-7>
25. Solar O, & Irwin A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Geneva, World Health Organization. [https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH\\_eng.pdf](https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf)
26. Wagg E., Blyth F.M., Cumming R.G. & Khalatbari Soltani S. (2021). Socioeconomic position and healthy ageing: A systematic review of cross-sectional and longitudinal studies. *Ageing Res Rev*. 69: 101365. <https://pesquisa.bvsalud.org/porta/research/pt/mdl-34004378>
27. Whitehead M. (1992). The concepts and principles of equity in health. *Int J Health Serv*. 22:429–445
28. Zapata Salazar, J., Chávez Martínez, M. A., Petzelová Mazacová, J., Villanueva Ibarra, G., & Hernández Olivares, L. A. (2016). Prácticas de autocuidado de la salud en el ciclo vital. *Investigación y Práctica En Psicología Del Desarrollo*, 2, 201-209. <https://doi.org/10.33064/ippd2689>

